



# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.98-055.26

DOI: 10.30914/M7

**Л. А. Козлов**

*Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация, г. Казань  
Марийский государственный университет, Российская Федерация, г. Йошкар-Ола*

**ЕДИНЕНИЕ ПЕДАГОГИКИ, НАУКИ И ПРАКТИКИ —  
ПУТЬ ОСВОЕНИЯ ИСКУССТВА ВРАЧЕВАНИЯ.**

**(Обзор по книге: Козлов Л. А. Единение. Казань : ИД «МедДоК», 2023)**

АННОТАЦИЯ. В статье представлены история развития службы акушерства и гинекологии в Казани за последние 70 лет и вклад сотрудников кафедры акушерства и гинекологии Казанского медицинского института в работу службы охраны материнства и детства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: единение педагогики, науки и практики, кафедра акушерства и гинекологии, охрана материнства и детства.

**L. A. Kozlov**

*Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Russian Federation, Kazan  
Mari State University, Russian Federation, Yoshkar-Ola*

**THE UNITY OF PEDAGOGY, SCIENCE AND PRACTICE IS THE PATH TO MASTERING THE ART OF HEALING.  
(Review of the Book: Kozlov L. A. Unity. Kazan : Publishing House "MeDDoK", 2023)**

ABSTRACT. The article presents the history of the development of the obstetrics and gynecology service in Kazan over the past 70 years and the contribution of the staff of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Kazan Medical Institute to the work of the maternal and child health service.

KEYWORDS: unity of pedagogy, science and practice, department of obstetrics and gynecology, protection of motherhood and childhood.

*В послевоенный период система охраны здоровья матери и ребенка продолжала развиваться. Родильные дома и женские консультации были укомплектованы высококвалифицированными специалистами. Качество и объем оказываемой акушерской помощи неуклонно повышались.*

Акушерство / ред. академик Г. М. Савельева. Москва, 2000

В Казани в 1953 году открыли Республиканскую клиническую больницу (РКБ) на базе клиник Казанского мединститута. Такое единение педагогики, науки и практики обеспечило, с одной стороны, дополнительные материальные возможности, а с другой — расширило объем медицинской помощи населению республики и поставило новые практические задачи, решение которых зависело от их научной разработки.

В 2023 году исполнилось 70 лет со дня создания РКБ. Настоящая статья посвящена описанию итогов первых 35 лет совместной работы кафедры акушерства и гинекологии № 1 КГМИ и акушерско-гинекологического отделения РКБ МЗ ТАССР.

Описание событий основано на свидетельстве и участии в них Л. А. Козлова. Достоверность определена тщательным изучением первоисточников. Реальность событий подтверждает необходимость

творческого соучастия педагогики, науки и практики в постижении искусства врачевания.

**1. Женское бесплодие.** В послевоенные годы большой проблемой стала диагностика и лечение женского бесплодия.

Во-первых, страна понесла огромные человеческие потери в только что отгремевшей войне.

Во-вторых, выявилось, массовое настойчивое требование бесплодных женщин устранить постигшее их бесплодие.

В-третьих, трагедия каждой отдельной женщины. «Тот врач, который видел слезы и слышал просьбы бесплодных женщин по поводу их недуга, понимает всю остроту затронутого нами вопроса», — писал профессор П. В. Маненков в статье «Лечение женского бесплодия» (Труды КГМИ. Казань, 1948).

Для осуществления поставленной задачи в казанской клинике в январе 1945 года был организован специальный кабинет. Диагностику причин бесплодия женщины начинали с исследования спермы мужа на предмет наличия или отсутствия сперматозоидов. Исключив эту причину, в первую очередь проверяли у женщины проходимость маточных труб методом И. С. Легенченко.

При проходимых маточных трубах продолжали обследование женщины для выяснения причины бесплодия.

При непроходимости маточных труб проводилось противовоспалительное лечение, начиная в амбулаторных условиях и заканчивая курортно-санаторным лечением. По окончании лечения проводилось повторное определение проходимости маточных труб. Если непроходимость сохранялась, то рекомендовалось оперативное лечение.

Взросший поток больных из села побудил написание методического письма «Диагностика и лечение бесплодия» для врачей сельских больниц с рекомендацией первичного обследования таких женщин. Оно содержало в сжатом виде схему обследования супружеской пары. В нем кратко изложены терапевтические меры, которые необходимо провести в первую очередь.

Как ни покажется странным, наибольшим препятствием при выяснении проходимости маточных труб оказалось затруднение при выборе способа продувания труб. Несмотря на простоту и достоверность способа Легенченко, он в те годы не был широко внедрен в практику.

Итак, начиная с января 1945 года в клинике регулярно в сочетании со стационаром работал кабинет по выявлению причин бесплодия женщин и проведению лечения с использованием различных оперативных способов вплоть до пересадки маточных труб.

Прошло 15 лет, накопились наблюдения, проведен подробный анализ с итоговыми публикациями.

Заращение просвета маточных труб возникало или на почве воспалительных изменений вследствие инфекции (аборт, роды), или при введении

в матку прижигающих средств (йод). Это определило два направления действий: ликвидация инфекции и ее последствий (спаечный процесс) и восстановление проходимости маточных труб с нормализацией их функции.

За указанные выше годы комплексное неоперативное лечение трубного бесплодия по разработанной схеме проведено у 400 женщин с проверкой отдаленных результатов. Чередование различных консервативных мер (термических, медикаментозных, механических, физиотерапевтических, грязевых и др.) в сочетании с диагностической и лечебной гидротубацией привело к наступлению беременности у 164 (41 %) бесплодных женщин. По литературным данным в среднем — 10 %. Лучший результат лечения получен у женщин в возрасте до 30 лет при продолжительности бесплодия до 5 лет.

Следует отдельно отметить важный момент, способствующий наступлению беременности. Женщин обучали тщательно определять дни предполагаемой овуляции. По этому вопросу врачом Е. Т. Васильевой была выполнена и защищена в 1952 году кандидатская диссертация «Об определении овуляции и ее срока у женщин».

Ею установлено, что практический врач может с успехом пользоваться 4 способами: вычисление дня овуляции, измерение ректальной температуры тела, феномен «зрачка» и подсчет клеточных элементов во влагалищном содержимом.

Хотя о днях наступления овуляции и развития желтого тела говорили еще в начале века, наиболее определенно высказались Кнаус (1929) и Огино (1930). Ими был установлен постоянный срок овуляции, а именно: за 12–16 дней до первого дня следующей менструации. Достоверность этого и остальных трех способов определения срока овуляции Е. Т. Васильева подтвердила тщательными (синхронными) клинико-лабораторными исследованиями 53 женщин.

В случае стойкого трубного бесплодия выполнялось оперативное лечение на трубах. Лучшие результаты показала «чистая» пересадка маточных труб, беременность наступила у 7 из 10 оперированных женщин.

В 1962 году докторская диссертация «Лечение женского бесплодия» была успешно защищена врачом К. Н. Сызгановой с рекомендацией выработанной схемы комплексного лечения и имплантации труб в матку для решения проблемы женского бесплодия. С этим призывом авторы выступили в своих монографиях:

П. В. Маненков «Итоги клинического опыта» (Казань, «Издательство КГУ», 1968);

К. Н. Сызганова «Лечение женского бесплодия» (Киев, «Здоровья», 1971).

**2. Эклампсия.** В начале XX века в ведущих немецких клиниках материнская смертность при эклампсии колебалась от 16,6 (Фрейбург) до 25 %

(Мюнхен). В России, по свидетельству петербургских родовспомогательных учреждений, она варьировала от 17,8 % до 34 %. Лечение эклампсии было симптоматическим и проводилось при появлении судорог многочисленными способами.

Начиная с 1898 года В. В. Строганов регулярно публиковал научные работы, в которых обосновывал систему лечения эклампсии, а именно прекращение приступов судорог с последующей их профилактикой. К исходу многолетней работы В. В. Строганов добился невиданных по тому времени результатов: материнская смертность от эклампсии снизилась до 2,6 %. Он утверждал, что не исключает возможность полной ликвидации материнской смертности при эклампсии. Его метод лечения эклампсии и предупреждения повторных ее приступов оживленно обсуждался на нескольких Российских и Всесоюзных съездах акушеров-гинекологов.

В казанской клинике за 15 лет (1900–1915 гг.) на роды в количестве 3632 эклампсия встретилась у 22 (0,53 %) женщин, умерли 3 (13,6 %).

Первые две существенные научные публикации из стен казанской акушерской клиники по этой проблеме появились в 1931 и 1934 годах. Почему же 30 лет молчал профессор В. С. Груздев, в то время как весь просвещенный мир дискутировал по вопросам этиологии, патогенеза и лечения эклампсии? По нашему мнению, ответ кроется в его методе работы, заключавшемся в тщательном предварительном изучении опыта других авторов по литературным источникам и накоплении и тщательном изучении собственного клинического опыта. Как мы видели выше, эклампсия встречалась в клинике чуть больше одного раз в год, накопление личного опыта шло медленно.

Любознательному читателю предлагаем ознакомиться с нашей публикацией «История развития учения об эклампсии в Казани» (Здравоохранение Чувашии, 2022, № 1, стр. 73–92). Здесь же мы покажем основные цифры.

За 1915–1932 годы эклампсия встретилась в 66 (0,96 %) случаях. В отношении лечения эклампсии клиника придерживалась метода В. В. Строганова (регулярные инъекции морфина, хлоралгидрат в клизмах и устранение всех раздражающих моментов).

Главный показатель — материнская смертность от эклампсии — составила 3 %. Для сравнения: Гусаков (Ленинград) — 16,4 %, Селицкий (Москва) — 21,3 %, Сахаров (Одесса) — 14,3 %, Окинчиц (Ленинград) — 16,6 %.

Отметим, что при внедрении в казанской клинике метода В. В. Строганова снижение материнской смертности при эклампсии снизилась более чем в 4 раза — с 13,6 % (в 1915 г.) до 3 % (в 1932).

Итак, проф. В. С. Груздеву удалось, образно говоря, «оседлать» эклампсию, снизив материнскую смертность. Теперь встал вопрос о ликвидации самой эклампсии.

В 1935 году 16-й Всероссийский съезд Советов принял постановление о расширении сети женских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов, колхозных роддомов, что позволяло осуществить тщательный дородовый осмотр беременных с обязательным выявлением отеков, белка в моче и повышения АД (ОПГ-гестоз — триада Цангемейстера). Это подавало надежду на улучшение борьбы с эклампсией. Великая Отечественная война 1941–1945 годов отодвинула на второй план это замечательное начинание.

В послевоенное время проф. П. В. Маненков в ответ на требование практики родовспоможения совместно с отделом здравоохранения г. Казани и Минздравом ТАССР активизировал работу женских консультаций по выявлению ранних начальных признаков поздних токсикозов беременных и их своевременное лечение.

При проведении совместно с заведующей родильным отделением А. С. Лепёшкиной анализа работы акушерского отделения РКБ МЗ ТАССР было выявлено, что количество больных с ПТБ, поступивших в стационар, с каждым годом увеличивалось. Если в 1945 году они составляли 1,4 %, то в 1959 году — уже 6,6 %. Увеличение процента поздних токсикозов шло за счет их легких форм — отека и нефропатии беременных. Частота эклампсии уменьшилась с 1,3 в 1946 г. до 0,3 % в 1959 г., причем смертность от эклампсии за последние 7 лет сведена к нулю.

Авторы напоминали, что каждый участковый врач женской консультации и акушерка акушерского пункта *«должны охватить наблюдением всех беременных своего участка, ... обследовать беременных во второй половине беременности два раза в месяц, а в последний месяц беременности — каждую неделю: при каждом исследовании тщательно определять отеки, белок в моче и АД и в случае появления даже незначительных признаков легких форм поздних токсикозов немедленно направлять такую больную в акушерское отделение для неотложного лечения»*.

Подробно описывая лечение женщин с ПТБ, поступивших в стационар, они предупреждали о тщательности проведения наблюдения, иначе возникнет эклампсия, что чаще случается в послеродовом периоде, когда с окончанием родов медперсонал успокаивается.

Профессор Р. Г. Бакиева, анализируя истории родов умерших при ПТБ, установила, что *«по частоте первое место занимает смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности, которая клинически проявляется или в виде коллапса, или в виде отека легких»*.

На втором месте непосредственной причиной смерти оказывалось кровоизлияние в мозг, на третьем — кровотечение.

Главными причинами были недостаточное наблюдение и неполноценное обследование беременных в женских консультациях, что приводило к поздней госпитализации больных с токсикозом в стационар, и чаще всего уже в тяжелом состоянии.

По результатам анализов была развернута широкая научная работа, охватившая все стороны позднего токсикоза беременных. Результаты ее показаны в докторской диссертации К. В. Воронина (1977) и серии кандидатских диссертаций.

В итоге, благодаря совместной напряженной работе сотрудников кафедры мединститута и органов здравоохранения, была разработана система выявления гестоза на ранних сроках, своевременное лечение, ведение родов и послеродового периода, позволившая полностью исключить эклампсию в акушерском стационаре и давшая надежду на ликвидацию ее на участке в женских консультациях.

**3. Узкий таз.** Одним из насущных вопросов акушерства является проблема узкого таза. Казанские акушеры-гинекологи, в том числе и профессор П. В. Маненков, руководствовались в этом отношении положениями проф. В. С. Груздева, сформулированными им в руководстве для врачей и студентов «Курс акушерства и женских болезней» (Берлин, 1922).

В 1953 году, с открытием РКБ МЗ ТАССР контингент пациентов изменился, теперь сюда больше поступали сельские жители. Вместе с этим выявились слабые стороны сельской медицины. Профессор П. В. Маненков опубликовал методические рекомендации для сельских врачей «Ведение своевременных родов при анатомически узком тазе» (Казань, Татполиграф, 1956).

Во вступлении он писал: *«Из опыта работы акушерского отделения Республиканской клинической больницы выявляется, что сельские врачи и акушерки испытывают большие затруднения и часто допускают грубые ошибки при решении вопроса о ведении родов у женщин с узким тазом».*

В первом разделе автор изложил диагностику узкого таза, указав на важность его измерения. Во главу угла при суждении о степени узости таза он поставил размер истинной конъюгаты, которую необходимо определять по величине диагональной конъюгаты. При нормальных размерах таза истинная конъюгата равна 11 см. Абсолютно узкий таз — истинная конъюгата 6–6,5 см и меньше. Размеры между ними определяют относительно узкий таз, разделяющийся границей 8–8,5 см на первую и вторую степени. Приведен ряд практических рекомендаций, способствующих избежанию ошибок.

Во втором разделе изложены указания к ведению родов при анатомически узком тазе.

При относительно узком тазе, при конъюгате 10–8 см, роды можно вести через естественные родовые пути с учетом степени сужения таза

и по заранее составленному плану. Обязательно присутствие на родах врача, для чего заранее таких беременных необходимо госпитализировать в палату патологии беременности. Изложены практические указания ведения первого, второго, третьего периода родов и послеродового периода. Подчеркнута важность наблюдения в начале второго периода родов за соответствием головки плода размерам входа в малый таз (признак Вастена).

При конъюгате в пределах 8–6 см большая опасность рождения мертвого ребенка, поэтому необходимо решать вопрос о родоразрешении индивидуально: или кесарево сечение, или перфорация головки плода при родах через естественные родовые пути.

П. В. Маненков особо подчеркнул, что прогноз родов при узком тазе зависит не только от степени сужения таза, но и в большей степени от признака Вастена (соответствие головки плода входу в малый таз), характера вставления головки (синклитическое, асинклитическое), продвижения головки плода, характера схваток и потуг.

При абсолютно узком тазе показана операция — кесарево сечение.

Профессор П. В. Маненков не сторонник расширения кесарева сечения при узком тазе. Известно, что на 8-ом (1928 г.) и 9-ом (1935 г.) съездах делегаты негативно отнеслись к досрочному родоразрешению при узком тазе. Тем не менее Павел Васильевич считал, что этот вопрос еще до конца не проработан, и с надеждой рекомендовал: *«Дабы избежать трудности в ведении родов и опасности для матери и плода в связи с родами при относительно узком тазе, уместно испробовать в таких случаях вызывание преждевременных родов при беременности около 36 недель».*

Это пожелание в конце концов нашло своего исполнителя. В 1963 году заведование кафедрой приняла на себя проф. Р. Г. Бакиева, она поручила врачу Розите Муртазовне Якуповой разработать этот вопрос на материале родильного отделения РКБ и роддома № 5 г. Казани.

Проведя предварительно ретроспективный анализ 500 историй родов при относительно узком тазе, Р. М. Якупова установила, что без проявления несоответствия между размерами таза и головки плода роды были в 293 случаях, а при клинически узком тазе — в 207. При сравнении исходов родов через естественные родовые пути в двух группах наблюдения оказалось, что при общих приблизительно равных условиях перинатальная смертность в первой группе не превышала средние показатели учреждений (1,4 %), а во второй группе показатель значительно выше (24,15 %). При этом важно отметить, что преждевременных родов в первой группе было в 3,5 раза больше, чем во второй.

По предложению профессоров П. В. Маненкова и Р. Г. Бакиевой были проведены преждевременные

роды у 64 беременных с относительно узким тазом при условиях:

- истинная конъюгата не менее 8 см,
- срок беременности не менее 37 недель,
- предполагаемая масса плода не менее 2600 граммов.

При определении массы плода использовался способ профессора З. Н. Якубовой — достаточная биологическая готовность организма (шейки матки) к родам.

21 июня 1974 года врач Р. М. Якупова защитила кандидатскую диссертацию «Влияние узкого таза на течение родов, мать и плод, и вопросы ведения родов при сужении таза 1–2 степени».

Все дети родились живыми и выписаны, за исключением одного случая антенатальной смерти плода, связанной с уродством (гидроцефалия, хондродистрофия).

Из 50 детей, прослеженных на отдаленных сроках, только один отставал в физическом развитии. Двое перенесли рахит в легкой и средней тяжести форме.

Профессор П. В. Маненков, внимательно следил за результатами работы и помогал оформлению диссертации Р. М. Якуповой, но, к сожалению, не дождался ее защиты. Он умер 27 января 1974 года, будучи уверенным в своей правоте, что *«искусственное вызывание родов при узком тазе должно иметь место до тех пор, пока опасность для матери от операции кесарева сечения будет меньше, чем при родовызывании»*.

**4. Разработка специализированной помощи при иммуноконфликтной беременности.** Профессор П. В. Маненков, ознакомившись с публикациями отечественных и зарубежных ученых, со свойственной ему прозорливостью пришел к заключению о необходимости детальной разработки этого вопроса в акушерской практике. Им в 1958 году была поставлена четкая задача разработать и организовать в ТАССР стройную систему диагностики, лечения и профилактики изоиммунологической несовместимости крови матери и плода, а также и гемолитической болезни новорожденного (ГБН). Практическое исполнение задуманного было поручено врачу Б. Г. Садыкову, а базой определено акушерское отделение республиканской клинической больницы МЗ ТАССР (клиника им. проф. В. С. Груздева). Вся последующую работу можно условно разделить на 3 этапа.

**1-й этап (1958–1965 гг.). Начало организации помощи и развития научных направлений при изосенсибилизации беременных.** С первых же дней стало ясно, что успех в работе может быть достигнут только при тесном содружестве с коллективом Республиканской станции переливания крови. Совместными усилиями врача-акушера Б. Г. Садыкова и врачей Республиканской станции переливания крови Р. Г. Ганелиной и Н. А. Черменской было проведено массовое обследование населения г. Казани и ТАССР

вообще и среди беременных и новорожденных в частности. На основании обследования 8305 мужчин и женщин установлено, что распределение резус- и АВО-принадлежности среди населения ТАССР не имеют крайних особенностей и соответствуют данным, полученным при обследовании средневропейского населения СССР. Частота ГБН составила 0,36 %.

В родильном отделении РКБ МЗ ТАССР приступили к лечению ГБН заменным переливанием крови. В 1960 году Б. Г. Садыков впервые в ТАССР опубликовал (Труды КГМИ. Казань, 1960, т. 10) результаты успешного лечения ГБН и многократно выступал на конференциях.

При активной поддержке организационно-методического отдела РКБ МЗ ТАССР Б. Г. Садыков опубликовал методическое письмо № 24 для врачей ТАССР (1961). Было подчеркнуто огромное значение организации работы женских консультаций по выявлению резус-принадлежности беременных женщин. Сейчас это прописная истина, а в то время следовало убедить врачей точными научными данными в большой роли иммунологического конфликта между матерью и плодом в перинатальной смертности.

При своевременном лечении и матери, и новорожденного выжило 72,8 % детей, при лечении только новорожденного — 57,7 %, а при отсутствии лечения и матери, и новорожденного выжило только 12,28 % детей.

Это был успех и награда за совместный (наука, практика и педагогика) кропотливый труд (канд. дис. «Диагностика и лечение резус- и АВО-несовместимости крови матери и плода и гемолитической болезни новорожденных», 1965).

Крайне необходимы были патоморфологические исследования плодов и новорожденных, погибших от ГБН. В этом плане была получена большая поддержка от кафедры патологической анатомии КГМИ в лице доцента П. С. Гуревича (в дальнейшем — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой патологической анатомии Курского мед. института).

Его исследования отличались от предшествовавших не только глубиной и новизной постановки вопросов, но и методическим подходом к их решению. Автор при изучении большого (51 случай) материала не ограничился только морфологическим описанием обнаруженных изменений, а в контакте с клиницистами-акушерами (Б. Г. Садыков), используя клинические, биохимические и серологические исследования, дал их глубокий анализ.

Развитие ГБН определяется тремя факторами: реактивностью плода, количеством полученных плодом материнских резус-антител и вне- или внутриутробном положении плода.

При наличии врожденных форм ГБН (отечная, врожденная желтушная, анемическая, внутриутробная смерть с мацерацией) переход антител совершается в течение беременности периодически.

При послеродовой желтушной форме ГБН, развертывающейся после рождения плода лишь с ростом гипербилирубинемии, прорыв антител к плоду происходит в момент родов из-за снижения барьерной функции плаценты.

Все эти данные легли в основу кандидатской диссертации П. С. Гуревича — «Патологическая анатомия и некоторые вопросы патогенеза гемолитической болезни новорожденных» (Казань, 1965).

Итак, в 1965 году, стала ясной необходимость создания специализированной лаборатории, способной обеспечить правильную диагностику и регулярное диспансерное наблюдение за sensibilizированными беременными. С этими вопросами профессор П. В. Маненков обратился в МЗ ТАССР. Было проведено специальное конструктивное совещание под председательством министра здравоохранения ТАССР доцента И. З. Мухутдинова. В нем приняли участие профессор — акушеры П. В. Маненков и Н. Е. Сидоров, педиатр Ю. В. Макаров, ассистенты М. В. Монасыпова, Б. Г. Садыков, П. С. Гуревич, заместители министра Я. Г. Павлухин и Т. А. Емелина, главный акушер-гинеколог ТАССР Л. К. Акулова, главный врач РКБ М. В. Буйлин, заведующая родильным отделением РКБ А. С. Лепёшкина.

Совещание рекомендовало специализировать родильное отделение РКБ МЗ ТАССР для оказания лечебно-диагностической помощи беременным и роженицам при изоиммунизации и их новорожденным при ГБН, придать ему изосерологическую лабораторию и открыть детскую прозектуру. Так закончился первый этап.

**2-й этап (1966–1978 гг.). Дальнейшее развитие научных исследований и организация специализированной помощи при иммуноконфликтной беременности в ТАССР.** 2-й этап необходимо охарактеризовать с трех сторон: научные исследования, организация работы резус-центра, организационно-методические мероприятия резус-центра в пределах Татарской АССР.

1. Научные исследования были сконцентрированы вокруг патоморфологии, патогенеза, онтогенеза иммуноморфологических реакций, механизмов гемолиза и др. (Гуревич П. С. Гемолитическая болезнь новорожденных : дис. ... д-ра мед. наук. Казань, 1970), комплексного иммуно-биохимического изучения в клинике (Садыков Б. Г. Резус-конфликтная беременность и гемолитическая болезнь новорожденных в свете комплексных иммунобиохимических исследований : дис. ... д-ра мед. наук. Казань, 1974).

Это центральные исследования. Одновременно решались частные вопросы: исследование количественного уровня микроэлементов в крови иммунизированных беременных, рожениц и их новорожденных (аспирант К. К. Левкович, канд. дис., 1969); изучение диагностической ценности ряда клинических и лабораторных данных для родового прогноза ГБН (врач Д. П. Игнатьева, канд. дис., 1973);

определение кислотно-щелочного состояния (КЩС) и микроциркуляции в сосудах конъюнктивы глазного яблока у резус-сенсibilizированных беременных и новорожденных с ГБ (врач Л. В. Никонова, канд. дис., 1974); изучение катамнеза детей, перенесших гемолитическую болезнь новорожденных и их реабилитация (ординатор Л. М. Султанова, канд. дис., 1977).

Интенсивная комплексная разработка вопроса позволила выработать свой взгляд на классификацию ГБН и на этой основе разработать клинический подход к диагностике, прогнозу, лечению и профилактике ГБН (Научные труды КГМИ. Казань, 1978. Т. 50).

2. Организация работы резус-центра (изосерологическая лаборатория + специализированное род. отделение при РКБ МЗ ТАССР) осуществлялась по следующим направлениям:

- координация обследования всех беременных женщин на резус-принадлежность при первой их явке в женскую консультацию;

- ежемесячное обследование всех резус-отрицательных беременных на наличие специфических антител;

- диспансерное наблюдение за изосенсibilizированными беременными, проведение десенсibilizующего лечения, выявление степени поражения внутриутробного плода гемолитической болезнью;

- выбор оптимального срока и метода родоразрешения;

- организация диагностики и лечения различных форм ГБН, при этом в основу лечения поставлено заменное переливание крови и интенсивная терапия;

- разработка профилактики резус-сенсibilizации анти-Д-гаммаглобулином.

Все пункты намеченной программы выполнены. Подробно о проведенной работе смотрите в статье Л. К. Акуловой с соавторами «Итоги и перспективы развития помощи при иммуноконфликтной беременности в ТАССР» (Научные труды КГМИ, 1978, т. 54).

В итоге напряженной работы снижен процент ошибок родовой диагностики ГБН с 27,8 % в 1966 году до 1,8 % в 1973 году. Снижена перинатальная смертность с 33,3 % в 1966 году, до 16,3 % в 1973 году, а постнатальная соответственно с 14,2 % до 1,8 %.

3. Организационно-методические мероприятия в районах ТАССР.

С целью распространения знаний в районах ТАССР составлены и разосланы:

1) методическое письмо № 24 — Садыков Б. Г. «Резус фактор и гемолитическая болезнь новорожденных». Казань, 1961;

2) методические рекомендации:

Садыков Б. Г., Игнатьева Д. П. «Профилактика, диагностика и лечение гемолитической болезни

новорожденных при резус конфликте». Казань. 1975;

Садыков Б. Г., Султанова Л. М. «Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь». Казань, 1977;

3) учебное пособие — Садыков Б. Г. и др. «Гемолитические заболевания перинатального периода». Казань, 1977.

Проведено обучение акушеров женских консультаций ЦРБ и участковых больниц изосерологическим реакциям. В результате число обследованных на резус-принадлежность беременных возросло с 61 % в 1965 г. до 91,8 % в 1973 г. (по городам) и с 0,8 % до 60 % (по селам). В 15 (из 37) районах ТАССР было налажено определение резус-антител.

Родоразрешение беременных с резус-сенситизацией и лечение ГБН целенаправленно осуществлялось в специализированном родильном отделении РКБ МЗ ТАССР.

В некоторых крупных городах ТАССР акушеры-гинекологи и педиатры были обучены диагностике и лечению (включая заменное переливание крови новорожденным) различных форм ГБН (Альметьевск, Бугульма, Лениногорск, Нижнекамск, Набережных Челны, Зеленодольск).

Сотрудники резус-центра многократно выступали на различных совещаниях в Татарской, Марийской, Чувашской, Башкирской АССР, провели семинары в Эстонии и Литве.

Материалы были представлены на VII Международном конгрессе акушеров-гинекологов (Москва, 1973), XII Всесоюзном съезде (Кишинев, 1969), V Всесоюзном съезде патологоанатомов (Ереван, 1971), II Всероссийском (Ростов-на-Дону, 1968), I Таджикистана (Душанбе, 1970), III Алтайском (Барнаул, 1973) съездах акушеров-гинекологов, Объединенном Всероссийском пленуме научных обществ акушеров и педиатров (Нальчик, 1972), I симпозиуме по ГБН (Иваново, 1972) и др.

Итоги этой многолетней работы были подведены и опубликованы в издании «Научные труды КГМИ». Казань, 1978, том № 50.

**3-й этап (с 1979 г.). Углубление научно-практических исследований.** Б. Г. Садыков после присуждения ученой степени доктора медицинских наук и получения ученого звания профессора в 1984 году возглавил кафедру акушерства и гинекологии № 2 КГМИ. В это же время родильное отделение переехало в новое здание РКБ МЗ ТАССР на Оренбургском тракте, и там же была организована изосерологическая лаборатория, консультантом которой стал проф. Б. Г. Садыков.

Научная работа интенсивно продолжалась. Были подготовлены и защищены диссертации: А. Ф. Субханкулова «Активная 5'-нуклеотидаза при резус-конфликтной беременности как показатель тяжести ГБН» (1990); Л. Ф. Абдрахманова «Дородовая диагностика АВО-конфликта» (1998).

Научные исследования расширились в плане изучения нейросенсибилизации при осложненной беременности, приводящей к поражению центральной нервной системы и к последующей инвалидности детей. Защищены кандидатские диссертации Ю. И. Бородиным «Нейроиммунологические аспекты резус-конфликтной беременности» (1985) и Г. Р. Хайруллиной «Нейроспецифические антигены мозга в прогнозировании перинатальных поражений ЦНС плода при угрозе прерывания беременности» (2004).

Продолжалось издание практических руководств и методических рекомендаций:

Б. Г. Садыков, Д. П. Игнатьева «Изосенсибилизация и гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (1984);

Б. Г. Садыков, З. Ш. Гилязутдинова, Д. П. Игнатьева «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (1985, 1988);

Б. Г. Садыков, П. С. Гуревич «Вопросы перинатологии» (1993);

Б. Г. Садыков и соавторы «Иммуноконфликтная беременность и тактика родоразрешения» (1998).

Результаты проведенных исследований были оценены на 3-м Международном симпозиуме по иммунологии репродукции (Варна) в качестве нового направления научного поиска.

### **5. Физиологические роды. 5.1. Регуляция сократительной деятельности матки в родах.**

Профессор В. С. Груздев узнал, что американские врачи с успехом используют для усиления схваток вытяжку из маисовой головни. Применив ее у 10 рожениц, у которых прочие средства не оказали эффекта, он у 8 женщин благополучно завершил роды и для матери, и для плода. В публикации «Маисовая головня как средство, усиливающее родовые сокращения матки» (Врач. 1894) он рекомендовал ее для внедрения в широкую практику.

Работая в Казани, В. С. Груздев обратил внимание на появившуюся инфорацію о вытяжке из гипофиза под названием питуитрин. Его учение М. С. Малиновский в 1913 году с помощью томографических наблюдений установил способность этого препарата вызывать сокращения матки, близкие к схваткам при физиологических родах. С тех пор питуитрин (окситоцин) применяется в акушерстве и гинекологии.

### **5.2. Ведение третьего, последового периода родов.**

В. С. Груздев при изучении литературы обратил внимание на дискуссию о методах ведения последового периода между германскими акушерами Креде и Альфельдом. Она побудила его к собственным изысканиям, и он провел клинические наблюдения за влиянием одиночной перевязки пуповины на скорость отделения последа. Кроме этого, В. С. Груздев провел наблюдения за характером отделения последа при наполнении плаценты физиологическим раствором. Выявив при этом ускоряющий отделение последа эффект при 20 родах, он

в статье «К вопросу об одиночной перевязке пуповины» (Врач. 1895) рекомендовал этот метод отделения последа для широкого изучения.

В Казани по его поручению П. В. Маненков провел наблюдения, заменив физраствор на алюминиевые квасцы, и получил снижение частоты ручного отделения последа в 3 раза при полной безвредности метода для роженицы (подробнее см. далее в разделе 6).

**5.3. Профилактика последовых кровотечений.** Физиологическая кровопотеря в родах определена в пределах 250–300 мл. К сожалению, существует много причин, способствующих увеличению допустимой кровопотери в родах. Поэтому в акушерстве постоянно ведутся поиски путей и способов предупреждения кровотечения в родах и послеродовом периоде.

З. Н. Якубова в 1957 году в статье «К вопросу о профилактике атонических кровотечений» сообщила результаты клинических наблюдений об активном ведении последового периода у 282 рожениц. Им в последовом периоде вводился внутривенно питуитрин в количестве 0,5 мл (2,5 ЕД) в 20 мл 40 %-го раствора глюкозы. У всех наблюдаемых рожениц прогнозировалась кровопотеря выше предельно допустимой.

Залог успеха, по мнению автора, заключался 1) в выборе момента для введения питуитрина и 2) в управлении последовым периодом.

1. Лучшим моментом для внутривенного введения питуитрина является самое начало третьего периода родов, когда еще не началась отслойка плаценты. Тогда процесс отслойки плаценты проходит без образования ретроплацентарной гематомы и в последующем, когда послед покидает матку, она свободна от сгустков крови.

2. Рекомендуется пристально наблюдать за отделением последа и тотчас его выделить после появления признаков отделения плаценты.

Автор обращал внимание на то, что «почти во всех случаях после введения действии питуитрина наступало мгновенно, причем матка становилась каменно-плотной, быстро, в течение 2–3 минут появлялись признаки отделения последа».

При соблюдении указанных выше условий кровопотеря до 200 мл была в 95,8 % наблюдений.

Сегодня во вменном в практику акушерских стационаров протоколе Клинических рекомендаций (протокол лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде» (Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3185) врачу, ведущему роды, рекомендуется в последовом периоде профилактику кровотечения осуществлять (sic!) «путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода — 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций

за пуповину при наличии подготовленных специальных».

**5.4. Гипотоническое кровотечение. Метрогемостат.** Изыскание способов остановки послеродового гипотонического кровотечения ведется постоянно. В прошлом одним из таких средств механической остановки кровотечения, был метрогемостат В. Е. Роговина, прошедший испытания в клинике им. профессора В. С. Груздева.

Метрогемостат состоит из чаши, укрепленной на металлической раме с роликами, резиновых тяг и фиксирующих ремней. Принцип действия состоит в сдавлении матки между поясничной частью позвоночника и чашей аппарата.

При наложении аппарата происходит «сплющивание» матки в передне-заднем направлении, и наступает остановка кровотечения в результате «самотампонады». Условия наложения метрогемостата — опорожненный мочевой пузырь и отсутствие сгустков в полости матки.

За год набралось 35 случаев наложения метрогемостата (рис.).

У 33-х родильниц кровотечение сразу полностью остановилось, а у двух продолжалось из-за неправильного наложения аппарата. При повторном наложении кровотечение остановилось.

Серийный выпуск метрогемостата оказался некачественным и быстро «сошел со сцены». Несмотря на информацию о выявленных недостатках, повторного выпуска аппарата не было, и он исчез из родильных домов, а жаль.

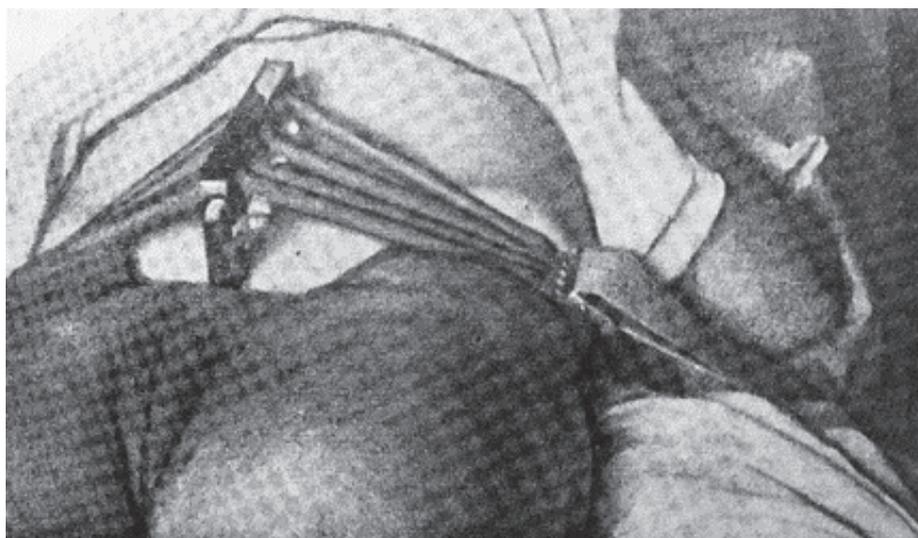
**6. Профилактика и лечение послеродовых инфекционных заболеваний.** В. С. Груздев, приступив в 1900 г. к организации работы акушерско-гинекологической кафедры и клиники медфака КИУ, ввел строжайший подход к соблюдению санитарно-гигиенического режима, асептики и антисептики в акушерском отделении клиники. Особое внимание уделялось акушерской операции «ручное отделение последа» как источнику внесения инфекции в родовые пути.

В акушерском отделении клиники на 3644 родильницы, разрешившихся за время с 1900–1901 по 1914–1915 уч. гг., умерла от родильной горячки лишь одна.

К сказанному добавим, что ручных отделений последа в эти годы в клинике было выполнено 63 (1,7 %).

Прошло 18 лет. В 1933 г. исполнилось 100 лет казанской акушерско-гинекологической клинике. Подвели итог за 18 лет (1915–1932) и установили, что ручное отделение последа было выполнено у 116 (1,7 %) рожениц, то есть частота его применения сохранилась на прежнем уровне.

Однако нормальное течение послеродового периода зафиксировано лишь у 67 (58,5 %) родильниц. У остальных 49 (41,5 %) родильниц были различные формы заболевания, причем у 10 (13,8 %)



Метрогемостат в действии (собственное наблюдение)

родильниц развился тяжелый послеродовой сепсис, из них 3 (2,6 %) родильницы умерли.

Цифры были удручающими по сравнению с 1900–1915 гг. Восемнадцать лет тому назад, при той же частоте ручного отделения последа (1,7 %) послеродовая заболеваемость была в 3 раза ниже и составляла 14 %, септические процессы — 3,5 %, а смертность от сепсиса — 0,03 %. Это сравнение результатов волновало и побуждало к поиску выхода из сложившегося положения.

В 1935 г. Р. Будимлич опубликовал модификацию способа отделения последа введением в плаценту через пуповину 0,45%-го стерильного раствора *aluminis crudī* в количестве 300 мл при температуре 39 °С.

Профессор В. С. Груздев, имея в прошлом небольшой опыт (см. выше), ознакомившись с указанной статьей, загорелся необходимостью проверить способ Будимлича.

Прошло 5 лет. Заведующий кафедрой профессор П. В. Маненков держал во внимании применение способа Будимлича и 23 мая 1941 г. доложил на заседании Общества акушеров-гинекологов г. Казани его результаты испытания.

За истекшее пятилетие (с 1936 г.) в клинике приняли 14114 родов. При строгом соблюдении (!) показаний у 142 (1 %) рожениц возникла необходимость выполнения операции ручного отделения последа.

Как видим, только определением строгих показаний к ручному отделению последа удалось снизить частоту его применения почти в 2 раза.

Ручное отделение последа было выполнено не у 142 рожениц, как обязывали показания, а благодаря способу Будимлича — всего у 53 рожениц. Это составило не 1 %, как показывала практическая необходимость, а всего 0,4 % наблюдений, то есть в 2,5 раза меньше.

К вышесказанному следует добавить, что из родильниц с отделением плаценты по Будимличу (89 наблюдений) только у 5 (5,6 %) было лихорадочное течение послеродового периода и не зафиксировано ни одного смертельного случая.

У родильниц с ручным отделением последа (53 наблюдения) лихорадочный послеродовый период был у 22 (41,5 %) женщин, 3 родильницы умерли.

Сравнение результатов дало основание автору заключить, что «способ Будимлича как простой, безопасный и эффективный заслуживает введения в широкую практику не только клиник и крупных роддомов, но и сельских родучреждений».

В клинике им. профессора В. С. Груздева этот способ продолжал применяться еще долгие годы. В 1958 г. клиника уже располагает опытом 400 наблюдений. В дальнейшем отпала необходимость специальных наблюдений за эффективностью способа Будимлича.

Итак, первая задача — снижение частоты применения операции ручного отделения последа — была выполнена. Не менее успешно решалась и вторая задача — изыскание новых средств успешного лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

Вступив в 1936 году в свое 70-летие, В. С. Груздев приложил усилия к изысканию новых методов лечения послеродовых инфекционных заболеваний. В этом помог его ученик — профессор И. Ф. Козлов, заведовавший акушерской клиникой ГИДУВа с 1930 по 1948 гг. Прикомандированный врач Л. С. Персианинов выполнил и защитил в 1937 г. кандидатскую диссертацию «О действии стрептоцида при септических заболеваниях в клинике и эксперименте».

Экспериментальные исследования только что появившегося красного стрептоцида на 428 белых

мышьяк и 15 кроликах показали лечебное и особенно профилактическое действие стрептоцида при стрептококковой инфекции.

В акушерско-гинекологической клинике ГИДУВа проведено лечение красным стрептоцидом 45 септических больных: после родов — 33, после абортов — 7 и после гинекологических операций — 5. Автор отмечает хороший положительный эффект при местных острых воспалительных процессах и сетует, что при лечении общего сепсиса был менее благоприятный лечебный эффект. Клинические наблюдения показали, что на результаты лечения влияет раннее начало применения стрептоцида, достаточная дозировка и длительность применения.

Смерть профессора-консультанта В. С. Груздева 7 февраля 1938 г. не прервала поиск по изысканию лекарственных средств для лечения послеродового сепсиса. Заведующий кафедрой профессор П. В. Маненков поручил продолжить начинание Л. С. Персианинова ординатору, а в дальнейшем аспиранту Н. И. Фроловой, выполнившей кандидатскую диссертацию.

Экспериментальные исследования белого стрептоцида на 488 мышьях показали малую токсичность препарата, отсутствие вреда на зачатие и беременность, наличие раздражающего действия на овариальный процесс, выражающегося в увеличении количества зреющих фолликулов и задержку развития желтого тела. Препарат обладал несомненным лечебным и профилактическим действием при экспериментальном стрептококковом сепсисе.

Клинические исследования при успешном лечении 8 больных с септической инфекцией показали хорошую переносимость препарата и склонили автора к мнению, что «наш отечественный препарат — белый стрептоцид — является малотоксичным и может быть использован для лечения больных, при наличии некоторого контроля за картиной крови».

В итоге кандидатская диссертация «Экспериментальное и клиническое изучение влияния белого стрептоцида на некоторые физиологические и инфекционные процессы женской половой сферы» была успешно защищена до эры антибиотиков, накануне Великой Отечественной войны, а именно 17 мая 1941 года.

**7. Кесарево сечение в материалах сотрудников клиники имени профессора В. С. Груздева.** Этапы становления кесарева сечения в Казани.

*1-й этап (1881–1899 год):* внедрение КС в Казани. Операция выполнялась при абсолютно узком тазе с высокой материнской и перинатальной смертностью. Первые успешные КС начаты с 1892 года.

*2-й этап (1900–1928 годы):* дальнейшее развитие КС. Финал — программный доклад В. С. Груздева и А. И. Тимофеева на 8-м Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов (Киев, 1928 г.).

*3-й этап (1929–1979 годы):* это этап обсуждения показаний, условий, обезболивания, техники

операции (ретровезикальное абдоминальное кесарево сечение), а также изучения осложнений. Изучено ведение беременности и родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Было установлено, что единственным достоверным клиническим признаком угрозы разрыва матки по рубцу является болевой синдром.

Этот этап применения КС в акушерской практике ознаменовался, к сожалению, временным «уходом» от ретровезикального в пользу корпорального разреза матки и сопровождался высоким процентом осложнений.

*4-й этап (1980–2000 годы)* — этап дальнейшего совершенствования показаний, техники, ведения послеоперационного периода и организации выполнения данной операции на современном уровне.

*5-й этап (с 2001 года)* — этап тщательного изучения ведения беременности и родов при рубце на матке после кесарева сечения и при преждевременных родах.

На протяжении всего XX века шла напряженная научно-практическая работа коллективов акушерско-гинекологической кафедры и клиники им. проф. В. С. Груздева, родильного отделения РКБ МЗ ТАССР (с 1953 г.) и род. дома № 3 (с 1987 г.), основанная на преемственности достижений поколений. С 1983 по 1987 год клиника претерпела реконструктивно-капитальный ремонт и приступила к работе в обновленном виде в конце 1987 года.

Подробно результаты изучения КС на всех этапах изложены нами в книге «История развития операции кесарево сечение в Казани» (Казань, ИД «МеДДоК», 2022, третье издание).

Известно, что своеобразным рубежом в истории развития КС является 1979 год, когда состоялся Оренбургский объединенный пленум правлений Всесоюзного и Всероссийского обществ акушеров-гинекологов.

Подведены итоги выполнения 512 операций КС в клинике до 1979 года (за 15 лет), что составило в разные годы от 3 до 5 % от всех родов. Основным показанием для операции являлся рубец на матке как самостоятельный, так и в сочетании с другой патологией (60,8 %). До 1970 года разрез на матке делался только корпоральный. В 1970–1978 года при 84–86 % всех операций выполнялся поперечный разрез в нижнем сегменте. Мертворождаемость составила 4,8 %, заболеваемость новорожденных — 11,7 %, смертность новорожденных — 1,5 %. Осложнения в послеоперационном периоде — 15,6 %. Материнская летальность за этот период — 0,4 %.

После Оренбургского Пленума (1979) пересмотрены многие вопросы, связанные с выполнением КС и внедрением рекомендаций Пленума. За 8 лет (1980–1987) в родильном отделении РКБ выполнено 757 кесаревых сечений. Частота операции постепенно возросла с 6,3 до 13 %. Изменилась и структура показаний: рубец на матке составил

не более одной трети всех показаний. Значительное число операций выполнялось в плановом порядке и в подавляющем большинстве их (до 97,6 %) делался поперечный разрез в нижнем сегменте матки. Мертворождаемость имела тенденцию к снижению в отдельные годы до 3 %, однако стабильности ее не достигнуто. Заболеваемость новорожденных снижена в два раза. Смертность новорожденных также снижена, а в отдельные годы (1982–1983) равнялась нулю. Послеродовая заболеваемость снижена в три раза. Материнской летальности не было 7 лет, и только в 1986 году имелось два случая смерти родильниц. На 757 операций это составило 0,26 %.

Структура материнской смертности изменилась. Если до 1979 г. причиной ее был перитонит, то в последующие годы родильницы умерли от кровоизлияния в мозг при тяжелом гестозе, что не находится в прямой связи с кесаревым сечением.

Улучшению показателей способствовало следующее:

- преимущественно кесарево сечение выполнялось в плановом порядке;
- безводный период у большинства женщин не превышал 6–10 часов;
- совершенствовалась техника операции;
- значительное внимание уделялось послеоперационному ведению родильниц: тщательному обезболиванию, учету и восполнению кровопотери, коррекции функций жизненно важных органов, для чего при необходимости родильницы переводились в реанимационное отделение;
- все новорожденные сразу же по извлечении из матки наблюдались неонатологом и получали соответствующую помощь;
- своевременная диагностика начальных форм послеродовых заболеваний и их интенсивная и адекватная терапия.

Родильное отделение в эти годы находилось в составе многопрофильной Республиканской клинической больницы, а это в свою очередь обеспечивало полноценное обследование и своевременное адекватное лечение.

В 1987 году восстановило работу здание клиники на ул. Л. Толстого, 4, где после реконструктивно-капитального ремонта был развернут роддом № 3 города Казани (главный врач А. И. Рябов). В его составе организовано анестезиологическое отделение и оборудована специальная послеоперационная палата, что обеспечило возможность круг-

лосуточного интенсивного наблюдения за родильницей не только акушером, но и анестезиологом. Подавляющее большинство беременных было заранее госпитализировано в отделение патологии беременных, что обеспечивало подготовку беременных и своевременность родоразрешения кесаревым сечением по строгим показаниям при максимальном соблюдении условий.

Разработан метод послеоперационного ведения родильниц с ранним активным режимом, широким использованием наружной электростимуляции матки, своевременным восполнением ОЦК, облучением швов лазером, снижением введения лекарственных средств и организацией выхаживания новорожденных.

За 1988–2000 годы выполнено 2302 операции КС. В 97,6 % операций разрез на матке делался в нижнем сегменте. Частота КС возросла с 0,2 (1916) до 20 % (2000), то есть в 100 раз. Материнская летальность снизилась с 6,8 % (1928) до 0,044 % (один случай в 1993 году от тромбоза легочной артерии), то есть в 150 раз.

Перинатальная смертность после кесарева сечения имела тенденцию к снижению. Особенно это наглядно демонстрирует динамика перинатальной смертности за последние 10 лет XX века, которая с 40–50 ‰ (1991–1992) снизилась до 19–20 ‰ (1994–1995), а в отдельные годы до 5–9 ‰ (1993, 1998), в среднем — до 10 ‰.

Послеоперационные осложнения в среднем составили 18,5 %. На указанное количество операций имел место только 1 случай перитонита (0,044 %) в 1988 г., как установлено во время операции — аппендикулярного происхождения. Дополнительная экстирпация матки с трубами способствовала выздоровлению родильницы. В последующие годы этого грозного осложнения не было.

**Плодоразрушающие операции не применялись вовсе.** Эта работа продолжалась. За 2001–2014 годы в клинике выполнено 2447 (24 %) операций КС. Перинатальная смертность составила 10 ‰, а материнская летальность — 0,04 %.

В заключение следует сказать, что только напряженная, более чем 100-летняя работа коллективов акушерско-гинекологической кафедры, клиники, родильного отделения РКБ МЗ РТ, родильного дома № 3 г. Казани, основанная на преемственности достижений поколений, позволила добиться к сегодняшнему дню относительно благоприятных исходов кесарева сечения.



1. Маненков П. В. Итоги клинического опыта. — Казань : Издательство КГУ, 1968. — 164 с. : ил.
2. Сызганова К. Н. Лечение женского бесплодия. — Киев : Здоровья, 1971. — 108 с. : ил.
3. Козлов Л. А. История развития операции кесарево сечение в Казани. — Казань : ИД «МеДДоК», 2022. — 147 с.
4. Бородин Ю. И. Нейроиммунологические аспекты резус-конфликтной беременности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ленинград, 1985. — 24 с.
5. Хайруллина Г. Р. Нейроспецифические антигены мозга в прогнозировании перинатальных поражений ЦНС плода при угрозе прерывания беременности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2004. — 24 с.

6. Садыков Б. Г., Игнатьева Д. П. Изосенсибилизация и гемолитическая болезнь плода и новорожденного : методические рекомендации. — 1984.
7. Садыков Б. Г., Гилязудинова З. Ш., Игнатьева Д. П. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного : методические рекомендации. — 1985.
8. Садыков Б. Г., Гуревич П. С. Вопросы перинатологии. — Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1993. — 272 с.
9. Иммуноконфликтная беременность и тактика родоразрешения : методические рекомендации / Б. Г. Садыков и соавторы. — 1998.
10. Субханкулова А. Ф. Активная 5'-нуклеотидаза при резус-конфликтной беременности как показатель тяжести ГБН : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1990. — 24 с.
11. Абдрахманова Л. Ф. Дородовая диагностика АВО-конфликта : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1998. — 24 с.
12. Якубов З. Н. К вопросу о профилактике атонических кровотечений // Сборник научных работ КГМИ. — Казань, 1957. — С. 186–190.
13. Садыков Б. Г. Резус-фактор и гемолитическая болезнь новорожденных : методическое письмо № 24. — Казань, 1961.
14. Садыков Б. Г., Игнатьева Д. П. Профилактика, диагностика и лечение гемолитической болезни новорожденных при резус-конфликте : методические рекомендации. — Казань, 1975.
15. Садыков Б. Г., Султанова Л. М. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь : методические рекомендации. — Казань, 1977.
16. Гемолитические заболевания перинатального периода : учебное пособие / Б. Г. Садыков и др. — Казань : Б. и., 1977. — 75 с.
17. Гуревич П. С. Гемолитическая болезнь новорожденных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1970. — 24 с.
18. Садыков Б. Г. Резус-конфликтная беременность и гемолитическая болезнь новорожденных в свете комплексных иммунобиохимических исследований : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1974. — 31 с.
19. Якупова Р. М. Влияние узкого таза на течение родов, мать и плод, и вопросы ведения родов при сужении таза 1–2 степени : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1974. — 24 с.
20. Козлов Л. А. Истрия развития учения о эклампсии в Казани // Здоровоохранение Чувашии. — 2022. — № 1. — С. 73–92.
21. Васильева Е. Т. Об определении овуляции и ее срока у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1952. — 24 с.
22. Сызганова К. Н. Лечение женского бесплодия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1962. — 24 с.
23. Козлов Л. А. Профессор Павел Васильевич Маненков — достойный ученик профессора В. С. Груздева. — Казань : ИД «МеДДоК», 2022. — 376 с.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ОБ АВТОРЕ

**Козлов Лев Александрович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация, г. Казань; Марийский государственный университет, Российская Федерация, г. Йошкар-Ола.

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Козлов Лев Александрович, e-mail:klev@mail.ru

#### ABOUT THE AUTHOR

**Kozlov Lev Aleksandrovich**, Doctor of Medical Sciences, Prof. Department of Obstetrics and Gynecology, Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Russian Federation, Kazan; Mari State University, Russian Federation, Yoshkar-Ola.

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Kozlov Lev Alexandrovich, e-mail:klev@mail.ru

#### Для цитирования:

Козлов Л. А. Единение педагогики, науки и практики — путь освоения искусства врачевания. (Обзор по книге: Козлов Л. А. Единение. Казань : ИД «МеДДоК», 2023) // Вопросы клинической и фундаментальной медицины. — 2024. — Т. 1, № 1. — С. 47–58. — DOI: <https://doi.org/10.30914/M7>.